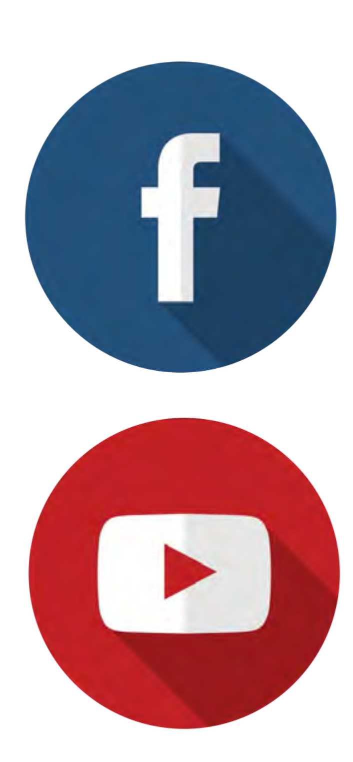
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS PRIMITIFS

PROFESSEUR N. BAIOD

GENERALITES

La pathologie œsophagienne se manifeste généralement par une symptomatologie aspécifique et monomorphe ne permettant pas de préjuger de son étiologie : pathologie organique ou fonctionnelle ?

- Les troubles fonctionnels œsophagiens sont essentiellement liés a des troubles moteurs primitifs ou secondaires de l`œsophage

TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS PRIMITIFS

A/ Achalasie
B/ Maladie des spasmes diffus de L`œsophage
C/ Œsophage casse-noisette ou "nutcracker esophagus" ou syndrome du péristaltisme douloureux de l`oesophage
D/ Désordres moteurs oesophagiens non Spécifiques
E/ Presby-œsophage
F/ Hypertonie du sphincter inferieur de l`œsophage
G/ Fistule tracheo-oesophagienne Congénitale

TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS SECONDAIRES

A/ Collagénoses
B/ Agents chimiques ou physiques :
1. Reflux gastro-oesophagien
2. Oesophagite caustique
3. Oesophagite radique
C/ oesophagites infectieuses
D/ Diabéte
E/ Ethylisme
F/ Endocrinopathies
G/ Désordres neuro-musculaires :
1. Affections cérébrales d`origine vasculaire
2. Myasthénie
3. Dystrophies musculaires
4. Atteintes démyélinisantes
5. Autres causes rares
H/ Pseudo-obstruction intestinale Idiopathique
I/ Néoplasies œsophagiennes secondaires

Achalasie: définition

- Trouble moteur primitif de l'oesophage d'étiologie inconnue

- Aperistaltisme du corps de l'oesophage
- Absence de relaxation du SIO à la déglutition

→ Stase oesophagienne
→ Dilatation progressive

MÉGAŒSOPHAGE IDIOPATHIQUE

Signes fonctionnels:

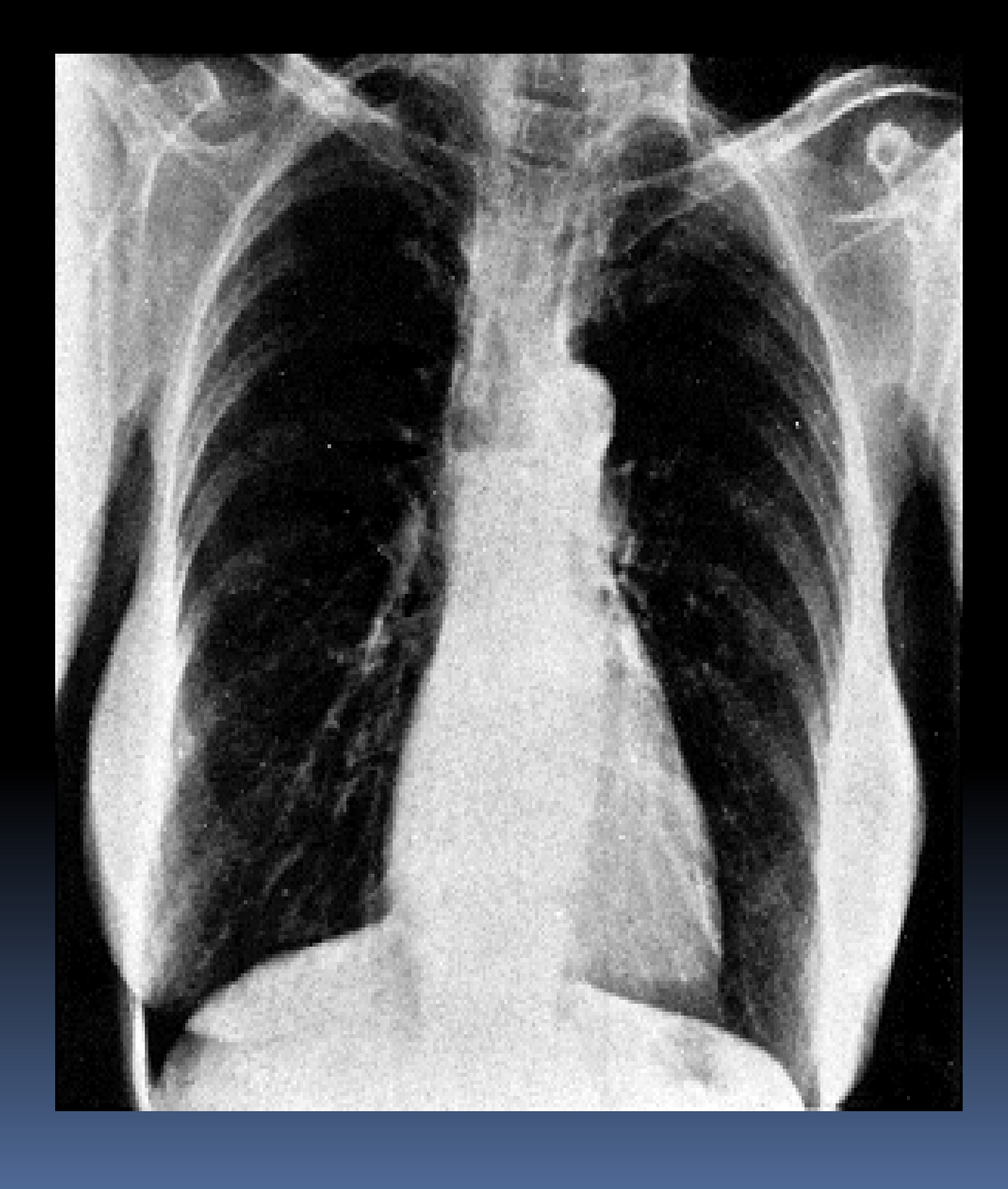
- dysphagie capricieuse, non douloureuse
  évocatrice lorsqu'elle est paradoxale, prédominant pour les liquides
- régurgitations alimentaires non acides
- au début possibilité de douleurs thoraciques dues à des contractions œsophagiennes

Signes physiques:

examen clinique sans particularité

Achalasie: Clinique

- Dysphagie : solide et liquide
- Régurgitations ← stase oesophagienne
  - Pneumopathie d'inhalation possible
- Douleurs thoraciques :
  - Début de maladie +++
  - Patients jeunes +++
- Perte de poids



Achalasie: Diagnostic

- TOGD:
  - Jonction oeso-gastrique en bec d'oiseau
  - Dilatation de l'oesophage en amont



MÉGAŒSOPHAGE IDIOPATHIQUE

Diagnostic positif

Transit œsophagien

- dilatation de l'œsophage
- aspect en chaussette
- rétrécissement inférieur régulier
- baryte tombant en neige dans le liquide de stase

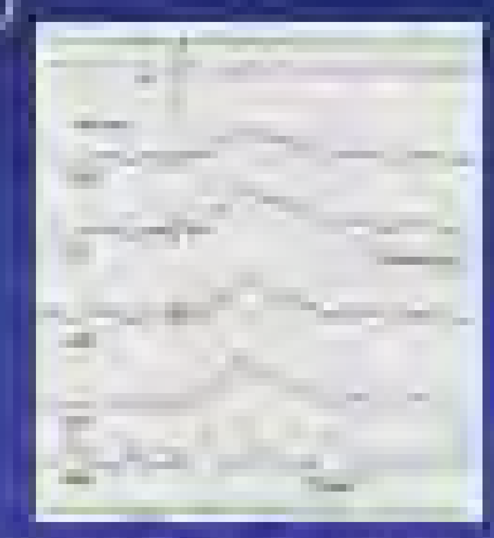


Achalasie: Diagnostic

- Manométrie +++
  - Apéristaltisme du corps de l'œsophage
  - Défaut de relaxation du SIO
  - Pression basale du SIO élevée dans 40-90% des cas (> 30mmHg)



Contractions normales non propagées



Contractions simultanées
amplitude ↓



Achalasie vigoureuse: Contractions simultanées à amplitude ↑

Troubles fonctionnels oesophagiens

Achalasie ou méga-œsophage idiopathique

- Raréfaction des plexus myentériques de Messmer et Auerbach au niveau du bas-œsophage
- Clinique : dysphagie paradoxale
- Téléthorax : élargissement du médiastin para-cardial droit avec niveau liquidien médiastinal et signes de pneumopathie. Absence de poche à air gastrique
- Transit baryté oesophagien :
  - Dilatation du corps de l'œsophage avec rétrécissement en queue de radis ou en bec d'oiseau de la portion terminale de l'œsophage
  - Aspect en chaussette au stade tardif
- FOGD : œsophage dilaté et atone

  signe du ressaut au franchissement du cardia

  recherche d'un petit cancer du cardia ou d'une dégénérescence maligne

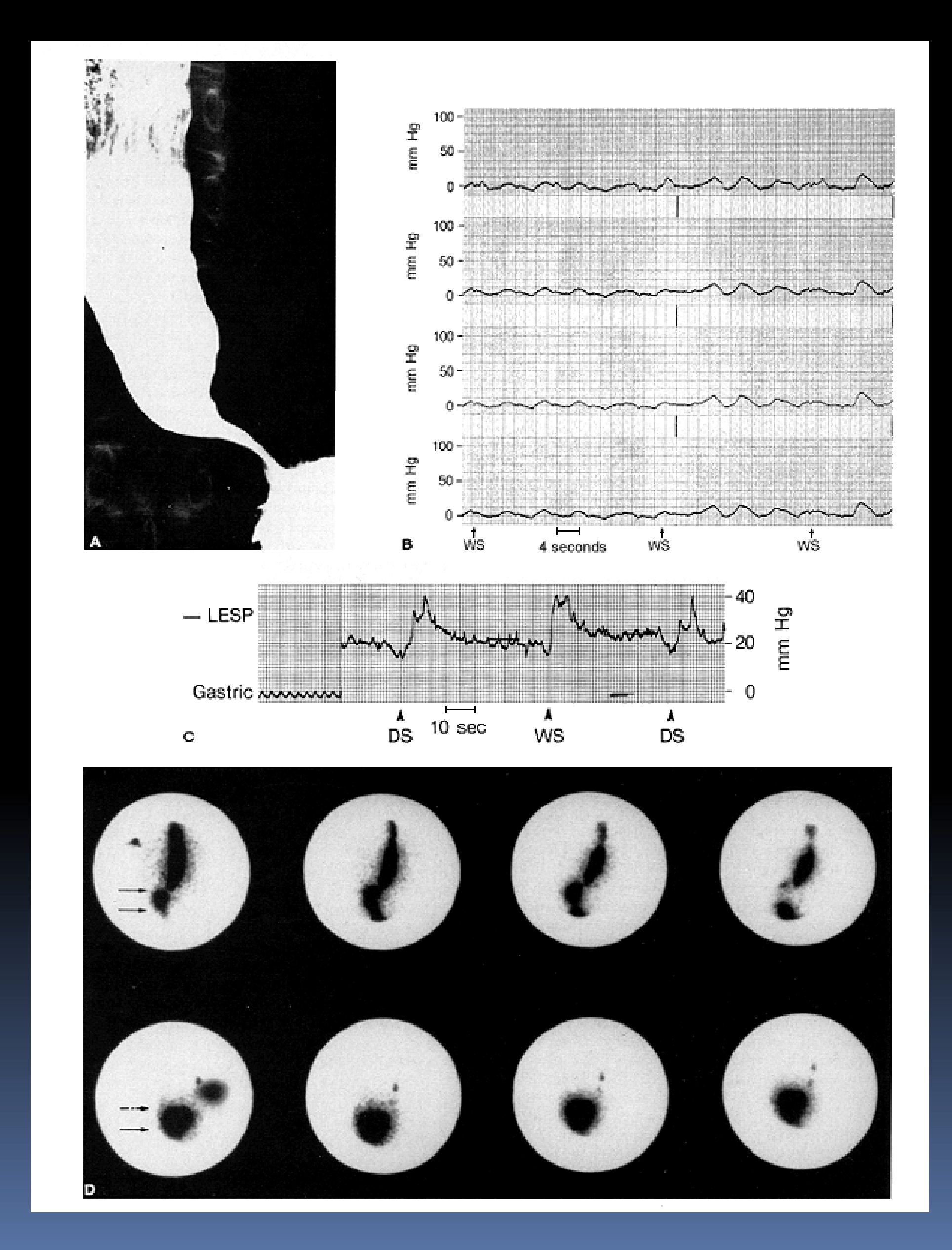
MÉGAŒSOPHAGE IDIOPATHIQUE

Diagnostic positif

Œsophagoscopie:

absence de lésion pariétale

d'obstacle organique


A
B
mm Hg
100
50
0
WS
4 seconds
WS
WS
LESP
Gastric
40
20
0
mm Hg
C
DS
10 sec
WS
DS
D

Troubles fonctionnels oesophagiens

Achalasie ou méga-œsophage idiopathique

- Manométrie oesophagienne :
  - Examen clé pour le diagnostic
  - Hypopéristaltime du corps oesophagien
  - Hypertonie du SIO au repos
  - Absence de relaxation du SIO lors de la déglutition
- Traitement :
  - Médical (dérivés nitré) : effet temporaire
  - Dilatation pneumatique
  - Cardiomyotmie de Heller

Traitement

- Pas de correction possible des anomalies motrices
- But des traitements = ↓ pression du SIO
  - →Passage facilité des aliments déglutis
  - →Préserver la barrière anti-reflux

- Traitement médical
- Dilatation pneumatique
- Toxine botulique
- Traitement chirurgical

Traitement médical: Inhibiteurs calciques

- ↘ contraction du muscle lisse
- Nifedipine :chez achalasie et sujet sain:
  - ↘ pression SIO
  - ↘ Amplitude des contractions oesophagiennes

2 Essais randomisées contrôlés: Crossover

Traube 1989	10-30mg avant repas	N=10	↘ faible dysphagie	Effets secondaires: OMI, hypoTA, toux
Triadafilopoulos 1991	Nifedipine vs Verapamil vs Placebo	N=8	Aucun effet clinique	Effets manométriques +

Traitement médical: Dérivés nitrés

- Patients avec achalasie:
  - relaxation du SIO
  - ↘ Pression du SIO de 66% pendant 1 heure

2 Essais

	Traitement	N	Critère clinique	Efficacité
Gelfond 1982	5mg TNT sublingual	23	83% ↘ dysphagie	+++
Gelfond 1982	TNT vs Nifedipine	15	TNT > Nifedipine sur Symptômes	+++ TNT > Nifedipine

Traitement médical

- Efficacité limitée sur la dysphagie
- Réponse moins bonne si œsophage dilaté ou autres symptômes
- Effets secondaires fréquents

→ Non justifiés en utilisations prolongée

Dilatation pneumatique

- Techniques non standardisées
- Principe: distension du cardia par un ballon:
  - Diamètre fixe
  - Gonflé sous forte pression
  - Mis en place sous contrôle endoscopique et/ou radiologique
  - Utilisation de ballons de diamètre croissant
- Contre indication:
  - sténose organique non exclue
  - Patient non coopérant



Dilatation pneumatique

- Après 1 dilatation:
  - Efficacité symptomatique prolongée: 61-67%
  - Echec complet: 18%
- Dilatations itératives:
  - Efficacité satisfaisant: 77-97%
  - Echec: 7%

Etude prospective Eckardt, Gastroenterology 1992:

Rémission	à 1 an	à 5 ans
après 1 dilatation	59%	26%
après dilatations répétées	69%	

Dilatation pneumatique

- Facteurs prédictifs de réponse:
  - Age > 40 ans
  - Diamètre maximal > 3,5cm
  - Baisse de la pression de repos du SIO
- Complications:
  - Perforation: 1-5%

    Risque ↗ si pression de dilatation élevée

    TT médical le plus souvent:

    AB, SNG en aspiration, nutrition IV
  - Long terme: Oesophagite et sténose peptique

Toxine botulique

- Action à la jonction neuromusculaire:
  inhibe la libération d'acétylcholine en se fixant sur les récepteurs gangliosides GD1b
  ➔ Paralysie musculaire
- Injection intra SIO : ↘ pression SIO

Toxine botulique

- Facteurs prédictifs de réponse:
  - Age > 50 ans
  - Achalasie vigoureuse
- Intérêts: simplicité et innocuité
- Défauts:
  - Perte d'efficacité
  - Injections répétées nécessaires
- Manque d'études avec nombre suffisant de patients et suivi prolongé

Traitement chirurgical: myotomie de Heller

Essais randomisées contrôlés

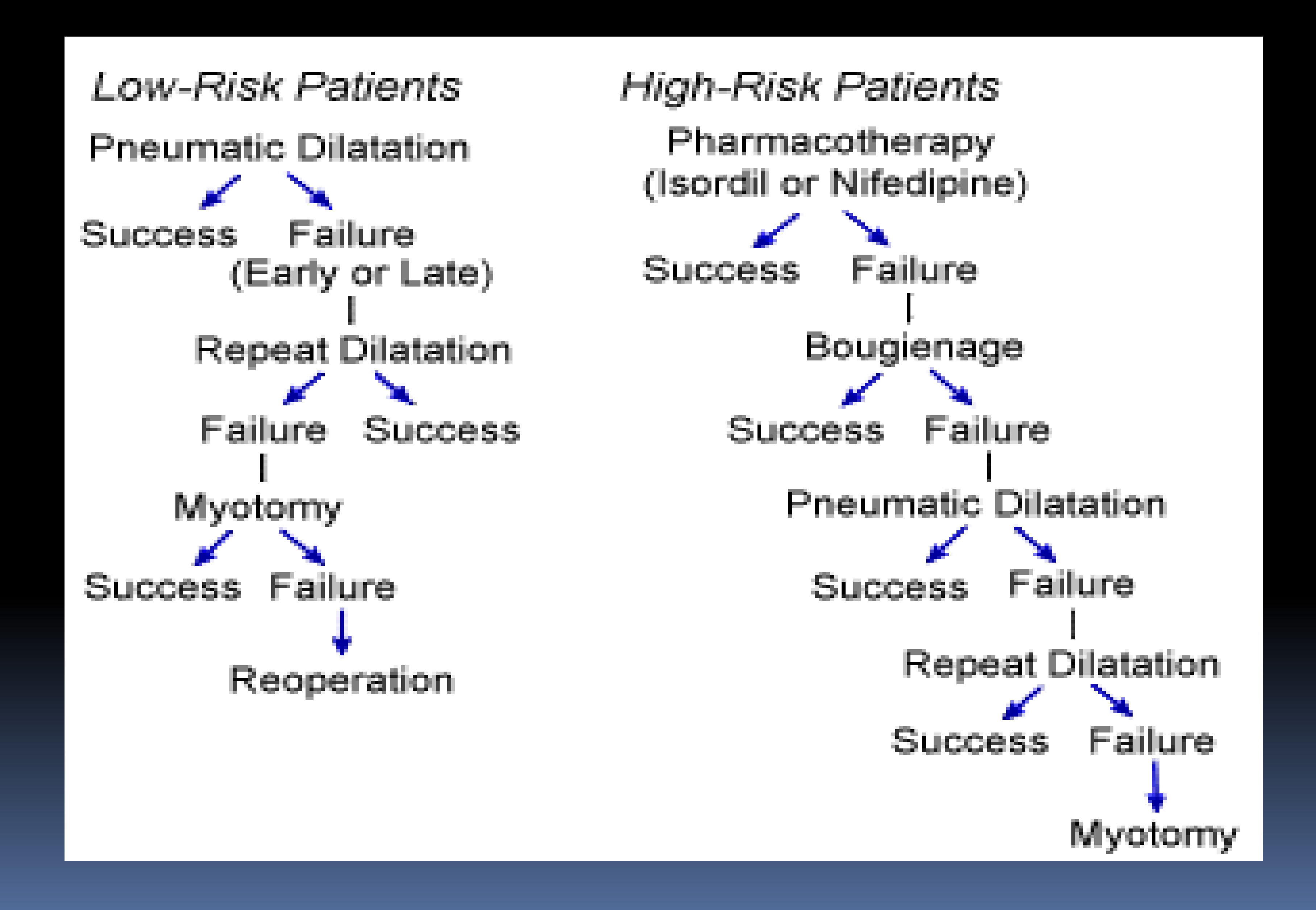
	Traitement	N	Critère clinique	E IIaire
Csendes 1989	Dilatation vs Chir	81	Rémission: Dilat : 65% (58 mois) Chir : 95% (62mois) (S)	2 perforations
Zaninotto 2004	Chir vs Botox (2 injections J0-J30)	40	Rémission à 2 ans: Chir : 87.5% Botox : 34% (S)	0



Série rétrospective

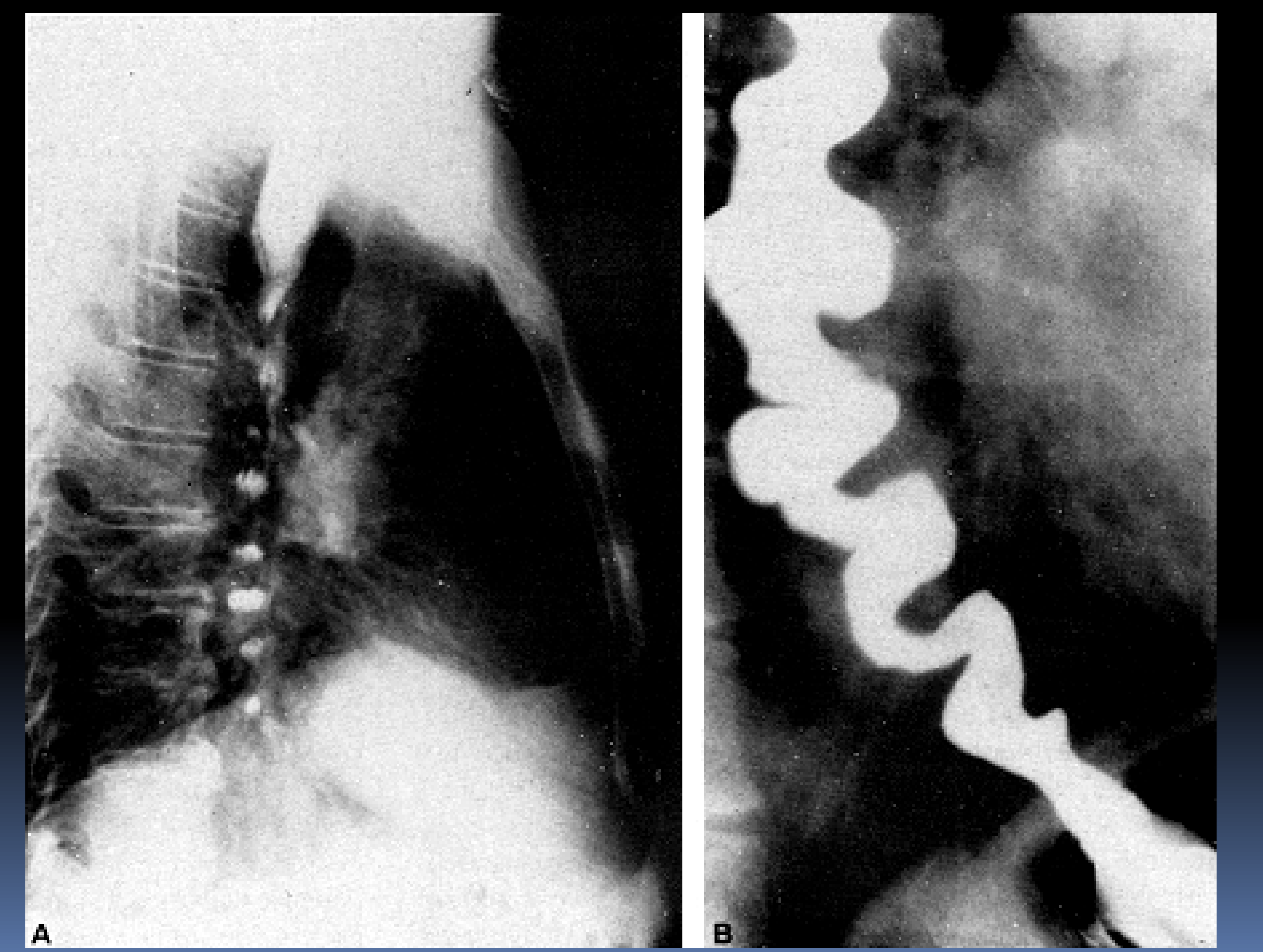
Vantrappen et Janssens 1983	Dilatation	403	Rémission: 77% à 7,8 ans	perforation 2,6% Mortalité 0,17% Sténose 0,1%
	Chirurgie	427	Rémission: 85% à 6,5 ans	Lâchage 1% Mortalité 0,21% Sténose 3%


Stratégie Thérapeutique
Achalasie
Si contre indication
En attente
Toxine botulique
Dilatation
TT médical
Si échec
Si contre indication
Chirurgie


Low-Risk Patients
Pneumatic Dilatation
Success
Failure
(Early or Late)
Repeat Dilatation
Failure
Success
Myotomy
Success
Failure
Reoperation
High-Risk Patients
Pharmacotherapy
(Isordil or Nifedipine)
Success
Failure
Bougienage
Success
Failure
Pneumatic Dilatation
Success
Failure
Repeat Dilatation
Success
Failure
Myotomy



- Douleurs rétro-sternales et dysphagie
- Examen normal
- Transit baryté de l'œsophage :
  - aspect en tire-bouchon
  - Aspect en collier de perles
- Endoscopie : peu utile
- Manométrie oesophagienne : contractions oesophagiennes amples et de durée très importantes


A
B

- **<u>TRAITEMENT :</u>**
- **Souvent décevant**
- **Avant tout : RASSURER LE MALADE :**
- **C`est une affection bénigne, fonctionnelle**
- ***Ce n`est pas une douleur d`origine cardiaque (insuffisance coronarienne)***

- Traitement médical :
- Dérivés nitres de longue durée d`action :
- Amélioration prolongée de la symptomatologie et de la manométrie pour certains auteurs
- Effet minime sur les douleurs thoraciques pour d`autres auteurs
- Inhibiteurs calciques :
- Nifedipine : 10 mg par voie sub-linguale avant les 3 repas → résultats controverses
- L`association à un anti-cholinergique serait bénéfique
- Trasodone (dérivé triazolo-pyridimique antidépresseur et anxiolytique) : 100-150 mg par jour → amélioration symptomatique significative

Dilatation pneumatique :

Indiquée chez les malades dysphagiques avec dysfonctionnement prouve du SIO

Parfois efficace

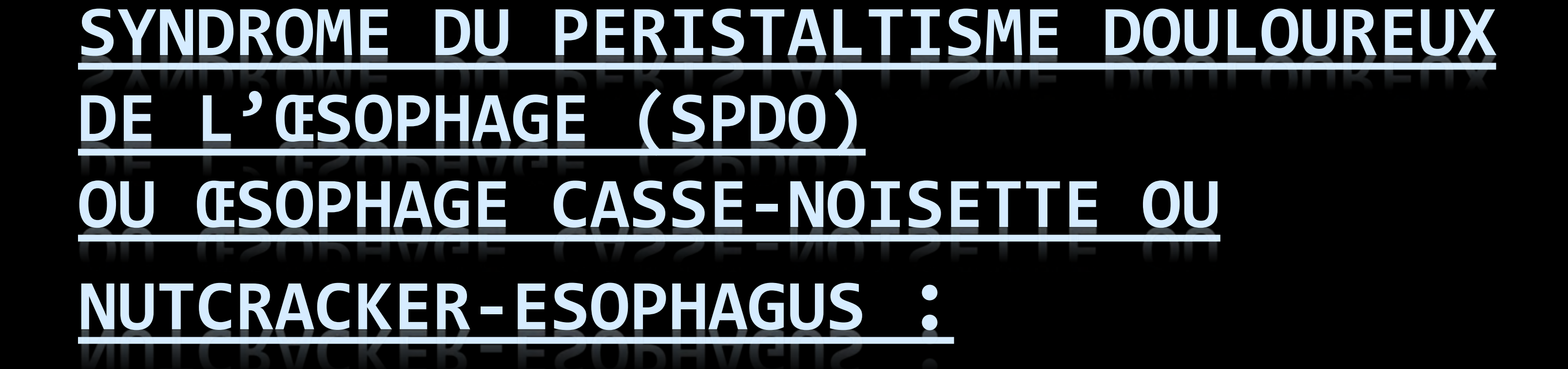
Mais bénéfice moindre que dans l`achalasie

Chirurgie :

Réservée aux malades présentant des symptômes sévères (dysphagie++) liés à des désordres moteurs démontrés du SIO, et n`ayant répondu ni au traitement médical, ni a la dilatation pneumatique

Geste pratique → MYOTOMIE OESOPHAGIENNE chirurgicale étendue, remontant assez haut sur l`œsophage et touchant le SIO

Geste anti-reflux associé systématique


SYNDROME DU PERISTALTISME DOULOUREUX DE L'ŒSOPHAGE (SPDO)
OU ŒSOPHAGE CASSE-NOISETTE OU
NUTCRACKER-ESOPHAGUS :

CLINIQUE :

- Trouble fonctionnel œsophagien le plus fréquent
- Douleurs thoraciques d'allure angineuse liées à une exagération de l'amplitude et de la durée des ondes péristaltiques œsophagiennes
- **RADIOLOGIE :**
- Aucune anomalie particulière
- Parfois présence à l'examen fluoroscopique d'ondes œsophagiennes tertiaires simultanées

- SCINTIGRAPHIE OESOPHAGIENNE :
- Retard a l'évacuation de l`œsophage
-
- MANOMETRIE OESOPHAGIENNE :
- Amplitude des ondes péristaltiques œsophagiennes > 180 mm Hg (++)
- Propagation de ces ondes péristaltiques conservée
- Parfois, durée de ces ondes péristaltiques augmentée (> 6 secondes)
- Relaxation du SIO normale

- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**
- **NECESSITE D`ELIMINER ABSOLUMENT ET PREALABLEMENT UNE PATHOLOGIE CORONARIENNE :**
- **Clinique, Télethorax, ECG, épreuve d`effort, échocardiographie**
- **(+) ou (-) scintigraphie myocardique**
- **(+) ou (-) coronarographie**
- **DIAGNOSTIC D`EXCLUSION DIFFICILE : tests de provocation dangereux et inutiles pour le diagnostic**
- **INTERET DE LA MANOMETRIE OESOPHAGIENNE DES 24 HEURES**

-
- **TRAITEMENT :**
- **NIFEDIPINE® :** qui semble diminuer l'amplitude et la durée des contractions oesophagiennes
- **RISORDAN® :** décevant

- **VI/ CONCLUSION :**
- **Pathologie oesophagienne = symptomatologie aspécifique avec deux grands symptômes : Dysphagie et Douleurs Thoraciques**
- **Troubles moteurs primitifs de l`œsophage = pathologie mal connue et pathogénie floue**
- **Intérêt de la manométrie œsophagienne pour le diagnostic**
- **Diagnostic différentiel parfois difficile avec les douleurs d`origine cardiaque (insuffisance coronarienne)**
- **TRAITEMENT :**
- **Assez bien codifié pour l`achalasie**
- **Autres TMPO : résultats variables**